Complémentaire Santé Collective :

«Mode d'emploi»

Chère Adhérente, Cher Adhérent,

Nous avons préparé à votre intention ce supplément, dédié exclusivement à la Complémentaire Santé Collective destinée à vos salariés.

Il vous permettra d'appréhender plus complètement les obligations qui vous incombent à compter du 01/01/2016 et surtout de connaître avec plus de précisions l'offre UNIM que nous avons négociée auprès de notre Partenaire, Allianz.

Votre correspondant et notre équipe se tiennent à votre disposition pour compléter votre information.

Votre dévoué
Docteur François GOLLÉ
Président de l'UNIM

Au 1er janvier 2016, vous aurez l'obligation de proposer une complémentaire santé collective :

- à l'ensemble de vos salariés (CDI, CDD, Temps partiel, etc.)
- dont vous prendrez en charge au moins 50% de la cotisation
- qui couvrira à minima « le panier de soins » prévu par le législateur

De plus, s'il existe un accord de branche dans le cadre de votre activité, le contrat que vous mettrez en place devra répondre aux conditions définies par cet accord.

10 % DE RÉDUCTION TARIFAIRE
(définitivement acquise)

pour toute souscription au contrat Complémentaire Santé Collective UNIM réalisée avant le 31/12/2015

Nous vous invitons à en parler avec vos salariés, afin de connaître plus précisément leurs attentes, et à déterminer ensemble la formule la plus adaptée :

- ECO ANI pour répondre aux contraintes minimales légales
  → à partir de **11€** par mois et par salarié (1)
- CONFORT ANI pour plus de sérénité
  → à partir de **14.50€** par mois et par salarié (1)
- PRESTIGE ANI pour des garanties performantes
  → à partir de **22€** par mois et par salarié (1)

La part prise en charge par l'employeur est déductible du bénéfice et est exonérée de charges sociales, dans la limite des plafonds autorisés. Dans ce contexte, et dans une optique de fidélisation et de motivation de vos salariés, il peut être intéressant de leur proposer un contrat avec un niveau de garanties performant, en participant au-delà des minima imposés.

Par exemple, notre formule «Prestige» prise en charge intégralement par l'employeur débute à 44€ par mois et par salarié (2).

Après avoir défini vos besoins, il conviendra de contacter votre correspondant afin qu'il établisse un projet tarifaire. Pour faciliter cette démarche, nous vous invitons à vous munir des informations suivantes :

- Votre numéro d'adhérent UNIM
- Le code NAF de votre entreprise et la référence de la convention collective dont vous dépendez
- Le nombre de vos salariés
- La date de naissance de vos salariés

(1) (montant à la charge de l'employeur, avec une participation à la cotisation de 50% et un âge moyen de l'ensemble du personnel de 35 ans ou moins, hors réduction tarifaire de 10%)

(2) (montant à la charge de l'employeur, avec une participation à la cotisation de 100% et un âge moyen de l'ensemble du personnel de 35 ans ou moins, hors réduction tarifaire de 10%)

Comment formaliser la mise en place d'une complémentaire santé collective ?

Il existe plusieurs moyens de mettre en place une complémentaire santé collective :

- Par voie de conventions ou d'accords collectifs.
- Par Référendum, ratifié à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise.
- Par **Décision Unilatérale de l'Employeur (DUE)**. Cette dernière est la procédure de mise en place la plus fréquente dans les petites entreprises.

Il s'agit d'actes juridiques pour lesquels l'avis d'un spécialiste (conseiller juridique, expert-comptable, etc.) est recommandé.

Qui prendra en charge la cotisation des ayants droit de votre salarié ?

Deux solutions distinctes s'offrent à vous lors de la mise en place :

- Vous prévoyez une adhésion obligatoire du conjoint et des enfants, vous êtes libre de participer à leur part de cotisation.
- Vous optez pour une adhésion facultative du conjoint et des enfants : vous ne pourrez prendre en charge que la part de cotisation de vos salariés.

Vos salariés sont-ils obligés de souscrire à la complémentaire santé collective ?

Oui, sauf cas dérogatoires prévus dans l'acte de mise en place et cités ci-dessous.

- Uniquement dans le cadre de la DUE, les salariés présents au moment de la mise en place peuvent refuser de souscrire à la complémentaire santé s'ils ont un reste de cotisation à charge.
- Les salariés à temps très partiel ou les apprentis qui devraient acquitter une part de cotisation supérieure ou égale à 10% de leur rémunération.
- Les salariés déjà couverts par une complémentaire santé individuelle au moment de la mise en place et jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel.
- Les salariés bénéficiant déjà d'une complémentaire santé obligatoire, même à titre d'ayant droit.
- Les salariés bénéficiant de la CMU ou de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS).
- Les salariés en CDD et les travailleurs saisonniers :
  → Pour les contrats de moins de douze mois, si le salarié ne souhaite pas souscrire.
  → Pour les contrats de plus de douze mois, si le salarié ne souhaite pas souscrire et qu'il bénéficie d'une autre complémentaire santé.

Lorsqu'une dispense est demandée par le salarié, il est nécessaire de **conserver la trace écrite du refus du salarié** et, le cas échéant, les documents justificatifs, qu'il conviendra de réclamer annuellement.

Quelles sont vos obligations concernant le devoir d'information de vos salariés ?

Vous devez notamment communiquer aux salariés, la notice d'information et le bulletin d'adhésion individuel.

De plus, dans le cadre de la Décision Unilatérale de l'Employeur, un exemplaire de la DUE devra être remis à chaque salarié et vous devrez conserver un document le justifiant.

TABLEAU DES GARANTIES

Prestations garanties versées dans la limite des frais réels - exprimées en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS),incluent la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ; - exprimées en euros, s'ajoutent à l'éventuelle part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire	UNIM - ECO ANI	UNIM - CONFORT ANI	UNIM - PRESTIGE ANI
Hospitalisation médicale - chirurgicale - maternité (1)			
Honoraires médicaux, chirurgicaux, obstétricaux (médecin n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins)	100% BRSS	150% BRSS	225% BRSS (3)
Honoraires médicaux, chirurgicaux, obstétricaux (médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins)(2)	100% BRSS	170% BRSS	500% BRSS
Forfait journalier hospitalier illimité Hôpital - Clinique - Service psychiatrique d'un établissement de santé	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais d'accompagnement (hors restauration)		25 €/nuit x 10 nuits pour enfant < ou = 12 ans	Frais réels pour enfants mineurs
Frais de séjour et frais de salle d'opération	100% BRSS	125% BRSS	Frais réels
Chambre particulière (4)	50 €/jour	65 €/jour	Frais réels
Soins courants - Pharmacie pris en charge par la Sécurité sociale			
Consultations , visites généralistes et spécialistes conventionnés ou non conventionnés, actes techniques médicaux, actes de chirurgie en cabinet médical, actes d'imagerie et d'échographie (médecin n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins)	100% BRSS	125% BRSS	140% BRSS
Consultations , visites généralistes et spécialistes conventionnés ou non conventionnés, actes techniques médicaux, actes de chirurgie en cabinet médical, actes d'imagerie et d'échographie (médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins)(2)	100% BRSS	145% BRSS	160% BRSS
Auxiliaires médicaux - Sages-femmes Analyses et examens de laboratoires	100% BRSS	125% BRSS	180% BRSS
Frais de transport	100% BRSS	125% BRSS	130% BRSS
Médicaments (y compris homéopathie) pris en charge par la S.S.	100% BRSS	Frais réels	Frais réels
Petit appareillage - orthopédie	100% BRSS	125% BRSS	195% BRSS
Prothèses auditives	100% BRSS	125% BRSS	200% BRSS
Forfait cures thermales prises en charge par la S.S.		250 €	500 €
Optique			
Équipement lunettes (verres +monture)(5) : Remboursement maximum par personne assurée, tous les 2 ans à partir de la dernière date d'acquisition de l'équipement optique ou annuellement, si une évolution de la vue le justifie ou si l'assuré est mineur	de 100 € à 200 € en fonction type de correction (6)	de 100 € à 200 € en fonction type de correction (6)	470 €
Lentilles y compris lentilles refusées par S.S. Remboursement maximal par an et par personne assurée	100 €	100 €	400 €
Plafond de remboursement optique (équipement lunettes et lentilles) par an et par personne assurée	300 €	300 €	650 €
Chirurgie réfractive - Forfait par an, par œil et par personne assurée			400 €
Dentaire			
Soins dentaires remboursés par S.S (y compris inlay-onlay)	125% BRSS	125% BRSS	140% BRSS
Prothèses dentaires prises en charge par la S.S.	125% BRSS	125% BRSS	280% BRSS
Prothèses dentaires non prises en charge par la S.S.			100% BRSS
Orthodontie acceptée par la S.S.	125% BRSS	150% BRSS	300% BRSS
Orthodontie refusée par la S.S. (reconstituée sur la base d'un TO 90 par semestre) - Plafond par an et par personne assurée			250 €
Actes hors nomenclature - Non pris en charge par S.S. Couronnes provisoires - par an et par personne assurée			30 €
Piliers Implantaires - par an et par personne assurée			200 €
Implant - par an et par personne assurée			520 €
Prevention et Médecine douce non prises en charge par la Sécurité sociale			
Ostéopathie - Chiropractie Plafond par an et par personne assurée			Forfait par acte 20€ 100€
Vaccins prescrits	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Allocation natalité ou d'adoption - une seule allocation par contrat familial souscrit			
Doublée en cas de naissance gémellaire	150 €	250 €	500 €

La participation forfaitaire de 18 euros pour les actes coûteux (dont tarif est supérieur ou égal à 120 euros ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60) est remboursée intégralement

(1) Dans un établissement relevant de la loi hospitalière, public ou privé, conventionné ou non conventionné, y compris pour l'hospitalisation "de jour", dite ambulatoire.

(2) Le médecin s'est engagé à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés dans le cadre de son adhésion au contrat d'accès aux soins. L'Assurance Maladie rembourse sur la base des tarifs applicables au médecin de secteur 1.

(3) Les remboursements pour les actes pratiqués par les médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins seront plafonnés à 200% de la BRSS à compter de 2017, contre 225% de la BRSS aujourd'hui.

(4) Sauf affections psychiatriques

(5) Équipement : Monture et verres

Le remboursement maximum par personne assurée inclut un plafond de 150 euros pour la monture et est variable en fonction des verres et du type de correction, classés de la façon suivante :

Verre de "correction simple" : Verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries

Verre de "'correction complexe": Verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 - Verre multifocal ou progressif

Verre de "correction très complexe" (équipement pour les plus de 18 ans) : 'Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00

(6) Monture + 2 verres simples : 100 euros , Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe : 150 euros, Monture + 2 verres complexes : 200 euros, Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe : 150 euros, Monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe : 200 euros, Monture + 2 verres très complexes : 200 euros